

VU Research Portal

Psychotherapie in het spanningsveld van professionaliteit en normativiteit

Glas, G.

published in

Psyche en Geloof
2009

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Glas, G. (2009). Psychotherapie in het spanningsveld van professionaliteit en normativiteit. *Psyche en Geloof*, 20, 202-212.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

Psychotherapie in het spanningsveld van professionaliteit en normativiteit

(eerder verschenen in *Psyche & Geloof* 1993, 4, 2-18)

GERRIT GLAS

SAMENVATTING

Psychotherapie is een professionele activiteit omdat de psychotherapeut zich richt op een bepaald aspect van de problematiek van de patiënt (veelal het affectieve) en door die beperking een dieper inzicht tracht te verwerven. Een te vrezen secularisering van psychotherapie kan worden afgewend als de therapeut zich de abstracte aard van theorieën bewust blijft en zich realiseert dat het gevoelsleven vervlochten is met het geloofsleven. Deze vervlechting kan worden verhelderd met behulp van Dooyeweerts structuurleer van de mens. In therapieën bij patiënten met een christelijke levensovertuiging zal de therapeut trachten het gevoelsleven weer aansluiting te laten krijgen op het geloofsleven door in het affectieve domein die momenten te versterken en te herstructureren die anticiperen op geloof. Dat is een uiterst professionele en tegelijk uiterst normgebonden onderneming.

Trefwoorden: geloof, affectiviteit, Dooyeweerd

INLEIDING

Doen psychiaters en psychotherapeuten met een christelijke levensovertuiging *méer* dan hun niet-gelovige collega's? Of behandelen zij hun cliënten *anders*? Heeft eigenlijk iedere vorm van psychotherapie een levensbeschouwelijke dimensie, ook wanneer deze bedreven wordt vanuit een agnostische levensvisie? Uit deze vragen is *Psyche & Geloof* geboren (Glas, 1990a). Het vorige en ook dit nummer maken een voorlopige balans op.

Dit artikel is een poging een aantal gedachtelijken, dat de auteur ten dele reeds in andere publicaties heeft ontwikkeld, samen te brengen (Glas, 1985; 1986; 1990b; 1991a; 1991b; 1991c; 1992a;

1992b). Deze gedachtelijken hebben betrekking op thema's als

- de verhouding tussen professionele en meer inclusieve vormen van zorg;
- het een beroep doen op geloof als therapeutische 'factor';
- de noodzaak een onderscheid te maken tussen levensbeschouwing, theorie, methode en therapie als evenzovele analyseniveaus.

Door aan de hand van deze thema's het discussieveld te structureren wordt een poging gedaan om een richting aan te wijzen voor de toekomstige bezinning.

PROFESSIONALITEIT

Iedere poging na te denken over een specifiek christelijke inbreng in psychotherapie begint met de vraag: wat betekent het dat de psychotherapeut zich een professional noemt? Wat houdt het in dat psychotherapie een activiteit wil zijn die volgens een professionele standaard te werk gaat?

De relevantie van die vraag voor ons onderwerp wordt onmiddellijk duidelijk als we letten op de verschillen tussen de geestelijke gezondheidszorg in onze moderne samenleving met haar ver doorgevoerde arbeidsdeling en die in landen waar de traditionele volksgeneeskunde overheeft. Daar zijn de vragen die ons hier interesseren totaal irrelevant en is het vanzelfsprekend dat zorg voor de geesteszieke een sterk religieuze inslag heeft.

We hoeven trouwens niet ver van huis te gaan om te ontdekken dat de vragen die ons bezig houden, alles te maken hebben met professionalisering. Ook in onze maatschappij geldt dat meer inclusieve vormen van zorg veel minder moeite hebben hun religieuze bepaaldheid te legitimeren dan sterk geprofessionaliseerde. Denk aan de hospita, aan de opvanghuizen, aan allerlei vormen van vormingswerk en aan pastoraat en 'pastoral counseling'. De spanning die velen ervaren tussen levensbeschouwing en vormen van zorg gebaseerd op deskundigheid, lijkt evenredig toe te nemen met de mate van professionalisering.

Wat houdt professionalisering in? Zonder de pretentie recht te doen aan alle aspecten denk ik dat tenminste drie elementen moeten worden genoemd: beperking, verdieping en systematisering. *Beperking* omdat de professional afziet van allerlei andere, soms ook relevante wetenswaardigheden die tot begrip van de patiënt kunnen bijdragen. *Verdieping* omdat met behulp van de bril van de theorie en het mes van de methode veel meer zicht wordt verkregen op één bepaald aspect van het aan de orde zijnde probleem. *Systematisering* omdat dit inzicht methodisch, dat wil zeggen ordelijk en volgens bepaalde spelregels, wordt toegepast in de therapeutische situatie.

De angel van het probleem schuilt vooral in het eerste aspect, de beperking¹. Deze is in feite een vorm van abstractie. Ze berust op het verbreken van de oorspronkelijke samenhang van de verschijnselen en het uit het geheel isoleren van één bepaalde

eigenschap of soort van eigenschappen, bijvoorbeeld gevoelens, interactiestijlen of objectrelaties. Nu is er op zich niets tegen abstractie en beperking. Wetenschappers en in hun gevolg professionals van uiteenlopende snit vertonen echter steeds weer de neiging om hun abstracties te verzelfstandigen en om de samenhang met de verschijnselen die aan het begin van de hypothesevorming (methodisch) buiten haakjes werden geplaatst, uit het oog te verliezen. Abstractie mondt aldus vaak uit in *isolatie*. De vervlechtingssamenhang verdwijnt uit beeld. Het bestudeerde verschijnsel wordt voor het één en het al gehouden (*verabsolutering*). Uiteraard berust deze verabsolutering op schijn, dat wil zeggen op het optisch vertekende effect dat van het isoleren van het bestudeerde verschijnsel uitgaat. Ik denk dat ook de theorieën en begrippen die aan psychotherapeutische methoden ten grondslag liggen, vatbaar zijn voor deze vertekening. Hoewel deze theorieën vaak niet aan de strenge eisen van empirische toetsing en validering voldoen, hebben ze wel degelijk een abstraherend karakter.

SCHIJNEFFECTEN VAN DE ABSTRACTIE

Ik noem nog een ander schijneffect van de abstractie. Van verzelfstandiging en isolatie gaat in hoge mate de suggestie van waardevrijheid uit. Met de abstractie verdwijnen ook de normatieve kaders waarin het betreffende verschijnsel is opgenomen achter de horizon. In de praktijk kan dit leiden tot een secularisering van het psychotherapeutische bedrijf. Ik denk dat mensen die zich langere tijd in een bepaald referentiekader hebben geschoold, uit ervaring weten hoe moeilijk het kan zijn zich aan de zuigkracht van dit buiten haakjes plaatsen van normativiteit te onttrekken.

Ik blijf nog even bij dit punt. Ik sprak zojuist van een schijneffect. Dat was niet zonder reden. Want het is een niet goed begrepen abstractie; één die leidt tot verzelfstandiging en isolatie, die mensen vatbaar maakt voor de genoemde secularisering. Op zich hoeft abstractie dit effect namelijk niet te hebben. Men kan zich een bepaalde theorie over menselijk gedrag eigen maken en die theorie leidraad laten zijn in het therapeutische handelen en toch heel wel beseffen dat daarmee niet alles is gezegd. Maar dan moet men wel op de hoogte zijn van dat waarvan geabstraheerd is, ook en juist

in normatief opzicht. Als de psychodynamiek in een partnerrelatie leidt tot steeds terugkerende vervreemding en verwijdering dan is daarmee nog niet gezegd dat het ook in ethische zin beter is om te scheiden.

Het is opvallend dat juist clinici, mensen die sterk gericht zijn op de praktijk, vatbaar zijn voor de genoemde ontsporing. Juist zij neigen tot een verzelfstandigende kijk op theorieën en methoden. Enigszins begrijpelijk is dit wel, want clinici hebben in de regel het begin van de hypothese- en theorievorming niet meegemaakt en zijn zich vaak minder bewust van de gepleegde abstracties. Ik denk dat het mede om die reden zo nuttig is om de teksten van grondleggers van een bepaalde theorie zelf te lezen en om niet alleen af te gaan op secundaire literatuur.

Ook een andere ervaring berust op dit schijnspect. Gemakkelijk krijgt men het gevoel dat levensbeschouwelijke noties er met de haren bijgesleept worden tijdens de uitvoering van psychotherapie en ook in discussies over de aard van psychotherapie. Levensbeschouwing en geloof lijken, als zij in therapieën ter sprake worden gebracht, soms haast een *corpus alienum* (vreemd lichaam). Ze lijken van buiten te komen en de professional voelt zich daar vaak wat ongemakkelijk bij. Ze horen niet bij de ‘eigenlijke’ therapie. Hoogstens verdienen ze een plaats in het rijtje niet-specifieke therapeutische factoren. Velen ervaren hier een spanning. Het is hierom dat ieder nadenken over de verhouding tussen psychotherapie en geloof begint bij de vraag wat professionalisering inhoudt. De professional neemt vaak zonder dat hij of zij daar erg in heeft, afstand van belangrijke delen van de dagelijkse ervaring. En in de dagelijkse ervaring is het voor veel patiënten vanzelfsprekend dat hun psychische moeite gepaard gaat met existentiële nood. Patiënten hebben vaak veel minder het gevoel dat hun existentiële problematiek er met de haren bij gesleept wordt dan hun therapeuten.

GELOOF ALS VOORWAARDE VOOR THERAPIE

Het bovenstaande betekent niet dat levensbeschouwelijke vragen op ieder moment in elke therapie ter sprake moeten kunnen worden gebracht. Anderzijds dienen theorieën en daarop geënte therapeutische methoden ook niet een keurslijf

te worden dat het onmogelijk maakt deze vragen wanneer dan ook aan de orde te stellen.

Hoe hierin een verantwoorde koers te varen, is niet eenvoudig te zeggen. Veel hangt af van de methode waarvoor gekozen is. En die keuze staat weer niet los van de diagnose en van wat de patiënt aan abstinentie, ook op levensbeschouwelijk gebied, van de zijde van de therapeut kan verdragen. Uitleg vooraf over de te volgen werkwijze is van belang en zelfs een belangrijk bestanddeel van de therapie, bijvoorbeeld bij gedragstherapie en allerlei vormen van (psycho)educatie. In andere gevallen kan uitleg de kracht van bepaalde interventies ondergraven, denk bijvoorbeeld aan psychodynamische interpretaties en aan het gebruik van paradoxen in de systeem- en directieve therapie. Vaak komen in het laatste geval de existentiële vragen zelf wel aan bod, maar zal daarop niet congruent worden ingegaan. Het moment waarop dit eventueel wel moet gebeuren, is vaak moeilijk te bepalen. Ervaring en intuïtie spelen een belangrijke rol bij het inschatten van wat de patiënt op een bepaald moment nodig heeft.

Het belangrijkste is evenwel dat de therapeut niet suggereert dat geloof en religie er überhaupt niet toe doen. Positief: dat in woordkeus en attitude, in het fluïdum tussen therapeut en patiënt dat wel wordt aangeduid met de term werkrelatie, de ruimte die een gezond geloof een mens kan geven – dat is: de ruimte van Gods Koninkrijk – voorondersteld en dus op een of andere manier tastbare ervaring blijft.

Die ruimte is er, ze hoeft door de therapeut niet gecreëerd te worden. Ze vormt de geloofsveronderstelling waarmee de therapeut begint en de patiënt idealiter ook. Als dat laatste niet zo is, als het geloof geschonden is, geatrofieerd is, of in een kinderlijk stadium is blijven steken, dan zal toch vaak de hunkering naar heelheid en vertrouwen blijven. Ook die hunkering verwijst naar een ‘meer’, naar een ‘en toch’, naar een ruimte die groter is dan de werkelijkheid van de verwrongen relatie of het innerlijk conflict. Die ruimte, dat ‘meer’ en dat ‘en toch’ resoneren mee in het therapeutische gesprek. Daar hoeven therapeuten hun best niet voor te doen, zeker niet als zij God werkelijk hebben leren kennen. Het komt met hun persoon mee. Wel is het zo dat een verkeerde opvatting van professionaliteit een verdringing van dit ‘meer’ in de

hand kan werken. Ik heb de indruk dat het in de praktijk echter ook vaak de onvolmaaktheid is om in eigen persoon iets van het beeld-van-God-zijn te weerspiegelen die tot de verdringing van het 'meer' leidt. En die onvolmaaktheid op haar beurt berust vaak niet zozeer op een tekort aan geloof als wel op een onvoldoende doorwerking van het geloof in alle bestaansdimensies, met name de affectieve dimensie, de eigen gevoels- en verbeeldingswereld van de therapeut. Want het is vooral die dimensie, deze gevoelswereld, waaraan de patiënt zich in het therapeutisch proces spiegelt en die voor hem/haar als model dient bij het opheffen van de stagnaties in de eigen geloofsontwikkeling.

Hoe die doorwerking bij de therapeut kan worden bevorderd is niet zo makkelijk te zeggen. Te denken valt bijvoorbeeld aan leer- en intervisie groepen die er enerzijds op zijn gericht om de eigen religieuze beelden en gevoelens boven tafel te krijgen, vooral de vroegkinderlijke, en die anderzijds bedoeld zijn om deze beelden en gevoelens te bewerken, in gesprek met anderen of door bepaalde bijbelgedeelten op zich in te laten werken. Hier valt, denk ik, het nodige te leren van de klinisch pastorale vorming.

Meer en meer kom ik tot de overtuiging dat het werkteerein van de psychotherapeut zich niet laat insnoeren tot het gebied waarover een bepaalde methode kracht van gelding heeft, maar dat het therapeutisch proces zich voortdurend afspeelt tegen de achtergrond van een veel ruimere, veelal impliciet blijvende werkelijkheid die tot uitdrukking komt in de signalen die therapeut en patiënt in woordkeus, attitude en non-verbale expressie vaak tussen de regels door uitzenden. Het heeft bij patiënten met geloofsproblematiek vaak niet zoveel zin deze volle geloofswerkelijkheid (want daar gaat het me hier vooral om) expliciet te benoemen, laat staan om religieuze uitleg of adviezen te geven. Want deze veelal cognitief of moreel getinte interventies dringen meestal niet door tot de affectieve laag van de problematiek, terwijl juist in die laag vaak de oorsprong ligt van het gebrek aan bevrijding dat mensen van hun geloof ervaren. Aan de andere kant kunnen methodisch correcte duidingen, wanneer daar niet iets in doorklinkt van deze andere werkelijkheid, patiënten teveel vastpinnen en de werkelijkheid van hun leven afplatten. Een technisch juiste confrontatie kan de patiënt religieus in de kou zetten.

Wat ik hier zeg is allerminst nieuw en geldt in een meer algemene zin eigenlijk voor heel veel vormen van therapie. Ik zie nu even af van therapievormen die gebaseerd zijn op (ped-)agogische principes, bijvoorbeeld in de verslavingszorg of in de begeleiding van chronische psychiatrische patiënten, of die berusten op een of andere vorm van deconditionering, zoals in de gedragstherapie; therapievormen waarin het geloof niet of in sommige gevallen juist zeer expliciet ter sprake komt. Voor de meeste andere vormen van therapie geldt dat het werkingsmoment daarvan gelegen is in een subtiele hantering van het spanningsveld tussen het werkelijke en het mogelijke. Wat ik hier het mogelijke noem is een meer algemene verwoording van wat ik boven aanduidde met de termen 'meer' en 'en toch'. De suggestie van een 'meer' en van een 'en toch' behoort met andere woorden tot de structuur van psychotherapie, ze vormt er het hart van. En het is de therapeutische relatie die bij uitstek het medium vormt waarin en waardoor deze suggestie handen en voeten krijgt.

GELOOF ALS 'THERAPEUTISCHE FACTOR'?

De ellende is dat in de psychotherapeutische literatuur dit 'meer' en dit 'en toch' zijn gaan ressorteren onder de zogenaamde niet-specifieke therapeutische factoren. Het adjectief niet-specifiek suggereert dat deze factoren er voor het begrijpen van wat er in een therapie gebeurt, eigenlijk niet zoveel toe doen. Uit de psychotherapie effectstudies weten we intussen wel beter: vermoedelijk dragen deze niet-specifieke factoren voor ongeveer driekwart bij tot het therapeutische resultaat. Maar deze vaststelling heeft tot heden de fixatie op het specifieke, casu quo het methodische, niet kunnen doorbreken. De term niet-specifiek is geboren uit onwetendheid. Vermoedelijk zijn heel wat niet-specifieke factoren feitelijk uiterst specifiek, alleen weten we niet hoe we dat specifieke onder woorden moeten brengen.

Voor het nadenken over de relatie tussen psychotherapie en geloof ligt hier een grote uitdaging, de uitdaging namelijk om een poging te doen het niet-specifieke in therapieën door christen-therapeuten preciezer in kaart te brengen. We hebben gezien dat het expliciet inbrengen van geloofswaarden bij veel patiënten niet helpt, omdat deze ge-

loofswaarden vaak onderdeel van het probleem vormen en dit probleem zijn wortels vindt in de affectieve laag van de persoonlijkheid. Anderzijds constateerden we dat een eenzijdige beperking tot het methodische het gevaar van reductionisme (isolatie) en op de lange duur van secularisering met zich mee brengt. Er is echter een derde weg. Psychotherapeuten mogen en moeten methodisch te werk gaan, maar dan wel vanuit het besef dat hun werk zich afspeelt in de spanningsboog tussen het mogelijke en het werkelijke en dat het mogelijke mee dient te resoneren in hun werk. Zonder geloof vaart geen psychotherapeut wel, laat staan de patiënt. Voor christen-psychotherapeuten heeft dit geloof een wel heel bijzondere betekenis.

Is het christelijk geloof dan toch een therapeutische factor? Niet in de zin van een methodiek die de therapeut inzet om verandering te bewerkstelligen. Het geloof, de werkelijkheid waaraan mensen in het geloof deel krijgen, laat zich niet op de maat van de methode snijden. Dát doen zou opnieuw een secularisering inhouden. Wel in de zin van een erkenning van een werkelijkheid ruimer dan die van de spreekkamer, een werkelijkheid die tussen de regels door gesuggereerd en op passende momenten benoemd wordt. Het hoe van dit suggereren en het wanneer van dit op-passende-wijze-benoemen behoeven naar mijn mening nog veel gesprek en studie.

DE WERKELIJKHEID WAAR HET GELOOF BETREKKING OP HEEFT, MAAKT DAT OOK DE INHOUD ER TOE DOET

De weg die ik tot nu toe gekozen heb, is er één van binnen naar buiten, vanuit het praktische werk naar dat wat daar altijd al aan ten grondslag ligt. Na eerst te hebben betoogd dat psychotherapie vertrekt vanuit de abstractie, dat is vanuit de insnoering van een bepaald werkelijkheidsgebied, ben ik vervolgens ingegaan op de context, op de ruimere samenhang waarin de methodische hantering van psychische problematiek zich afspeelt. Daarbij heb ik (eenzijdig) het accent gelegd op het religieuze aspect van die context. Wat ik heb proberen duidelijk te maken is dat dit religieuze aspect in therapieën niet iets vreemds is, iets dat van buiten komt, maar dat het er altijd al is. Geloof is niet een middel waarmee je methodisch iets kunt bewerkstelligen, het verwijst

naar een werkelijkheid die de therapie omvat, zelfs als er met geen woord over gesproken wordt.

Een bezwaar tegen deze benadering zou kunnen zijn dat de inhoud van het geloof zo wel erg in het midden blijft. Men zou deze zienswijze erg vaag kunnen vinden. Zijn we er met het aanwijzen van een formele overeenkomst tussen de structuur van het geloven en de structuur van bepaalde vormen van psychotherapie, met de *fides qua* (geloven als zodanig, als middel) afgedacht van de *fides quae* (dat waarover het geloof gaat) om het theologisch te zeggen? Ik denk het niet. Ook de inhoud doet er toe. Om die reden sprak ik van een – ook *inhoudelijk werkzaam* – fluïdum, een werkelijkheid die voortdurend aanwezig is en door verbale en non-verbale signalen gesuggereerd of verdrongen wordt; van een communiceren van geloof en vertrouwen in de sfeer van de affectiviteit. Want die dimensie staat in veel therapieën centraal en niet in de eerste plaats de cognitieve, de morele of zelfs de religieuze dimensie. Voordat ik dit laatste in een volgende paragraaf op een meer filosofische wijze nog wat nader toelicht, wil ik echter wijzen op een valkuil.

DE WEG VAN BUITEN NAAR BINNEN: GEEN DEDUCTIVISME

Het bovenstaande moge duidelijk maken dat de weg van binnen naar buiten geen gemakkelijke is. Evenwel, ook de weg van buiten naar binnen kent de nodige hindernissen².

Gegeven een bepaalde levensbeschouwelijke overtuiging staat het namelijk nog allerm minst vast hoe die overtuiging doorwerkt in de theorievorming, in de therapeutische methode en in de therapeutische praktijk. Velen gaan in dit verband uit van een tamelijk simplistische kijk op de relatie tussen geloofsovertuiging, theorie, methode en praktijk. Uit verzet tegen de opvatting dat wetenschap een waarde vrije onderneming is, veronderstelt men van de weeromstuit dat er een *deductieve* verhouding tussen deze vier bestaat. Het levensbeschouwelijk gehalte van de therapeutische praktijk zou deductief af te leiden zijn uit de gehanteerde methoden, het levensbeschouwelijk gehalte van de methoden uit de theorieën waarop deze gebaseerd zijn en het levensbeschouwelijk gehalte van theorieën uit de achterliggende, al dan niet geëxpliciteerde geloofsvooronderstellingen. Het beeld dat

aldus ontstaat, is dat van een piramide met aan de top de geloofsvooronderstellingen met daaronder respectievelijk theorieën, methoden en therapeutische praktijk als evenzovele lagen. Deze visie is, zoals gezegd, simplistisch en wel omdat ze geen rekening houdt met de interne wetmatigheden op elk van de vier genoemde niveaus. Wie van deze visie uitgaat heeft de keus uit twee alternatieven: ofwel de gehele psychologie inclusief alle theorievorming ten behoeve van psychotherapie vanuit een christelijke optiek te herzien, ofwel met een kwaad geweten gebruik te maken van seculiere theorieën.

Door deze weinig aantrekkelijke keus te schetsen pleit ik niet voor eerherstel van het waardevrijheidspostulaat. Dat zou neerkomen op een scheiding van de vier genoemde niveaus. Wel pleit ik voor een onderscheid tussen de niveaus. Ik licht dit toe en beperk me hier omwille van de ruimte tot de laagste twee niveaus, methode en therapeutische praktijk.

De belangrijkste reden om ten aanzien van deze twee de deductieve kijk af te wijzen is dat kennis van de regels voor een bepaalde psychotherapeutische praktijk, hoe volmaakt die kennis ook is, iemand nog niet tot een goed therapeut maakt. Zoals kennis van de regels van het schaakspel iemand nog niet tot een goed schaker maakt, zo ook leidt kennis van een bepaalde psychotherapeutische methode nog niet tot een succesvolle therapie. Het vermogen regels toe te passen vooronderstelt wel kennis van regels, maar valt daar niet mee samen (Ryle, 1949, hoofdstuk 2). Het is een afzonderlijke vaardigheid, een vaardigheid die slechts te leren valt in de praktijk. Schakers bereiden zich op een toernooi niet voor door het boek met spelregels nog eens uit het hoofd te leren, maar door gegeven een bepaalde stelling allerlei mogelijke voortzettingen uit te proberen, achter het bord. Ook psychotherapeuten leren hun vak door gegeven een bepaald probleem in de therapeutische situatie samen met anderen te kijken naar de meest geschikte voortzetting. En dat gebeurt in supervisie en intervisie.

EERST NIEUWE SPELVARIANTEN, DAN PAS NIEUWE REGELS

Wat betekent dit nu voor de relatie christelijk geloof – psychotherapeutische praktijk? Dit, dat gegeven de kennis van een bepaalde *methode*, nog

allerm minst vast staat hoe de *praktijk* er nu precies uit zal zien. De methode bepaalt welk type spel er gespeeld zal worden, schaken of dammen, psychodynamische psychotherapie of ondersteunende pastoraal getinte gesprekken. Dat op zich is belangrijk, want het is goed om te weten welk spel je speelt, al is het maar om te weten wat er te winnen valt. Maar het zegt nog niets over het spelverloop en over de winstkansen. In therapieën bij christen-patiënten bewegen de stukken zich vaak anders over het bord, het spelverloop is anders. Voor christen-therapeuten betekent dit dat zij zich in de bezinning op hun vak eerst moeten verdiepen in nieuwe spelvarianten. Pas in tweede instantie komt de vraag aan de orde – een vraag die overigens ook in de zogenaamde seculiere psychotherapie uiterst actueel is, denk alleen al aan de borderline problematiek – of misschien de spelregels bijgesteld moeten worden. Er kan een moment komen dat dit onvermijdelijk is, bijvoorbeeld als blijkt dat er met de oude regels bij bepaalde categorieën patiënten onvoldoende te winnen valt. Nu is het echter nog te vroeg om tot die conclusie te komen, in ieder geval om dit als een generale oplossing te zien.

Uit het bovenstaande vloeit voort dat ik wat betreft de methode ook niet zo voor een christelijk eclecticisme ben. Althans niet op voorhand. Want eclecticisme is eigenlijk alleen iets voor ervaren therapeuten, therapeuten die ondertussen de draad niet kwijt raken en blijven weten met welk spel ze bezig zijn. Juist christen-therapeuten zijn vatbaar voor een verkeerd begrepen eclecticisme, een eclecticisme dat allerlei methoden door elkaar haspelt en bovendien maar half toepast. De religieuze fundering van dit eclecticisme – ‘het gaat om integrale therapie(!)’ – berust soms op de grootheidsfantasie dat men tegelijk therapeut en pastor, (een betere) vader en (een betere) moeder, coach en vriend kan zijn. Een dergelijke invulling van de notie integrale therapie is niet verenigbaar met het doen van psychotherapie, dat wil zeggen met het methodisch en systematisch hanteren van een therapeutische relatie – wat distantie veronderstelt – met het oog op het overwinnen van een specifiek probleem – dus niet alle problemen en ook niet het probleem als geheel, want vaak is het probleem óók een levensprobleem en in die

zin niet iets waarvoor de psychotherapeut nu bij uitstek gekwalificeerd is. Wil men dit toch, en er zijn voorbeelden te noemen waar dit aangewezen is en ook werkt, dan heeft men het niet meer over psychotherapie, maar over een inclusieve, helend-corrigerende relatie die buitengewoon moeilijk te hanteren is, niet te verenigen is met tegenprestatie in de vorm van betaling en soms een leven lang duurt. Van dit soort relaties spreek ik geen kwaad. Soms ziet men ze tussen partners of vriend(inn)en of tussen een pastor en een gemeentelid. Soms gaat het mis (door 'burn out' bijvoorbeeld), soms ook niet.

Nogmaals: wat heeft dit nu te maken met christelijke psychotherapie? Dit, dat het christelijk-normatieve in psychotherapie niet in de eerste plaats een derivaat is van vooronderstellingen die via theorieën en methoden het domein van de therapie binnen dringen; maar iets is dat in de praktijk tot stand komt, en wel

- (a) door de creativiteit waarmee bestaande methoden worden toegepast (nieuwe spelvarianten), en
- (b) door het waar nodig bedenken van nieuwe of gemodificeerde regels (methoden) wanneer traditionele methoden bij bepaalde typen van problematiek van christenen falen.

Deze benadering begint dus bij de hulpvraag, niet bij een min of meer omvattend psychologisch weten omtrent de mens. Want zo'n omvattend weten bestaat niet, althans niet op het niveau van de theorie en ook niet op dat van de therapeutische praxis.

GELOOF EN AFFECTIVITEIT: INTRINSIEK MET ELKAAR VERBONDEN

Toch kan ik mij voorstellen dat deze beschouwing iets onbevredigends houdt. Blijft ze niet teveel aan de praktijk gebonden? Hebben we niet toch een notie van integraliteit nodig, een bijbelse notie van de mens die ook voor het werken in de praktijk van belang blijft? En moeten theorieën en methoden ook niet zelf kritisch onder de loep worden genomen? En last, but not least, is er niet toch een christelijke psychotherapie denkbaar die met iets eigens komt, bijvoorbeeld een christelijk-existentiële psychotherapie?

Ik ben geneigd al deze vragen bevestigend te beantwoorden. Dit zijn vragen waarvoor we – óók – staan en die dringen om een antwoord. De weg van buiten naar binnen, die mijns inziens een legitieme is, is met het bovenstaande inderdaad onvoldoende uit de verf gekomen. Wat ik in dit artikel evenwel wil benadrukken is dat deze bijbelse mensvisie, deze theorie-kritiek en dit alternatief van een christelijk-existentiële psychotherapie geen theorie moeten blijven, maar op een of andere manier deel moeten gaan uitmaken van onze identiteit als therapeut. Deze drie moeten geleefde werkelijkheid worden in de therapeutische situatie, dat is op het niveau van de praxis. Het is één ding om theoretisch tot klaarheid te komen en ik zal de eerste zijn om te erkennen dat er wat dat betreft nog veel werk valt te verzetten – het is een ander ding om het theoretisch gewonnen inzicht naar de praktijk te vertalen en daar in eigen persoon te gaan belichamen. Juist bij christen-therapeuten zal *het geloof moeten doordringen tot de affectieve laag van hun persoonlijkheid* en via revisie (waar nodig) van theorie en methode moeten uitmonden in een *eigen professionele identiteit*. Hoe zouden zij anders hun patiënten bij wie de aansluiting van geloof op gevoel nooit of op een verwrongen wijze tot stand is gekomen, ooit kunnen helpen? Hoe zouden patiënten met een extrinsiek geloof hun geloof in hun gevoelsleven kunnen integreren als bij hun behandelaars de relatie tussen geloof – tot uitdrukking komend in professioneel inzicht – en gevoel – als bodem van de professionele identiteit – even extrinsiek is? Cliënten schoppen het qua innerlijke groei in de regel niet verder dan hun therapeuten, zo luidt een bekend adagium. Voor wat betreft de groei in het geloof naar zijn affectieve zijde (met nadruk op dit laatste!) meen ik dat daar wel wat in zit. Liever dan hier in te gaan op de desiderata voor een theoretische en methodische revisie, maak ik dan ook van de beschikbare ruimte gebruik door nog een moment stil te staan bij de conceptualisering van deze religieuze ontsluiting van het gevoelsleven.

DE ONTSLUITING VAN DE AFFECTIVITEIT: INZICHTEN UIT DE REFORMATORISCHE WIJSBEGEERTE

De systematiek van de reformatorische wijsbegeerte kan hier het inzicht verdiepen en ons helpen te ontsnappen aan allerlei valse dilemma's;

dilemma's als die van de gelovige die liever met een verstoord gevoelsleven het eeuwig heil dan met een gezond gevoelsleven het eeuwig verderf zegt te willen beërven; of van de therapeut die werken aan het geloof van de cliënt in strijd acht met zijn of haar professionele identiteit en niet werken aan dit geloof in strijd met het eigen christen-zijn.

In zijn 32 stellingen over de mens heeft Dooyeweerd (1942) het mens-zijn geanalyseerd als een *vervlechtingssamenhang tussen deelstructuren*, te weten de *fysische, de biotische, de psychische en de actstructuur*. Dooyeweerd zag de relatie tussen deze deelstructuren als een *hiërarchische*, waarbij de fysische structuur is opgenomen in de biotische, de biotische op zijn beurt in de psychische en de psychische in de actstructuur. De term deelstructuur heeft in dit verband een abstracte betekenis. Het gaat niet om aanwijsbare delen of organen van het menselijk lichaam, maar om structuurgehelen die een functionele samenhang en eigenwettelijkheid vertonen. Deze gehelen zijn zelf geen zijnswijzen (modi; modaliteiten), maar kunnen worden geanalyseerd als *vervlechtingssamenhangen van zijnswijzen* en wel onder leiding van respectievelijk de fysische, de biotische en de psychische zijnsmodus en één van de negen modi die een leidende functie kunnen hebben in de actstructuur (te weten de logische, historische, sociale, linguale, economische, juridische, esthetische, ethische en pistische zijnsmodi). Het menselijk actleven heeft volgens Dooyeweerd namelijk zo'n plastisch (vloeiend) karakter dat het niet met behulp van één zijnswijze te typeren valt. Meerdere modaliteiten – in totaal dus negen – kunnen in de actstructuur de leiding hebben, waarbij de één de ander afwisselt.

Aan allerlei subtiliteiten in de uitwerking ga ik nu voorbij, om me te concentreren op één punt, namelijk dat hogere structuren lagere structuren kunnen *ontsluiten*, waarbij deze lagere structuren hun eigenwettelijkheid behouden. Zo wordt de psychische substructuur ontsloten door de actstructuur, de biotische substructuur door de psychische (en vervolgens ook door de actstructuur), en de fysische substructuur door de biotische (en vervolgens ook door de psychische en de actstructuur). Anders gezegd en ons beperkend tot de psychische structuur: in deze deelstructuur kunnen de negen momenten ontsloten worden waardoor de actstructuur wordt

gekwalificeerd. Trouwens, elke deelstructuur grijpt ook terug op de lagere deelstructuren. Dooyeweerd noemt dit *retroicipatie*, de tegenhanger van de *anticipatie* op hogere zijnsmodi zoals die in de ontsluiting van deelstructuren aan de orde is.

Belangrijk voor ons betoog is nu dat de deelstructuren hun eigenwettelijkheid behouden wanneer zij ontsloten worden. Een voorbeeld kan duidelijk maken wat hier wordt bedoeld. Een tafel kan in eerste aanleg worden geanalyseerd als een voorwerp met een fysische structuur. De tafel functioneert zelf, als subject om met Dooyeweerd te spreken, in de fysische zijnsmodus. Ze functioneert echter ook, namelijk als object, in allerlei 'hogere' zijnsmodi, bijvoorbeeld in de sociale: je kan een tafel gebruiken om aan te eten of om aan te vergaderen; of in de esthetische zijnsmodus: de tafel kan mooi of lelijk zijn. De sociale en de esthetische functie van de tafel zijn in het fysische bestaan van de tafel besloten en worden door toedoen van de mens eruit gehaald (ontsloten). Belangrijk is nu dat de tafel hierdoor niet ophoudt primair (subjectief) een fysisch voorwerp te zijn. Wel is het zo dat de tafel meestal een bestemming heeft hoger dan het fysische. Zij wordt immers slechts zelden als alleen maar een verzameling hout gebruikt, als brandhout bijvoorbeeld. De tafel heeft met andere woorden één van de 'hogere' objectfuncties als bestemming. In het sociale en esthetische functioneren van de mens is de tafel in objectieve zin opgenomen. Dooyeweerd spreekt hier van bestemmingsfunctie. Maar dat verandert niets aan het feit dat de tafel zelf, in subjectieve zin, als zelfstandig geheel, niet in een hogere zijnsmodus dan de fysische functioneert. De hogere functies zijn echter wel in de fysische zijnswijze gerepresenteerd. De bestemming heeft met andere woorden een fysisch correlaat, bijvoorbeeld in de vorm van de tafel: aan een bijzettafeltje kan je moeilijk vergaderen; of in de uiterlijke verschijning: een 17e eeuwse salontafel past niet goed in een Rietveldachtig interieur. De voorbeelden illustreren dat de fysische structuur van de tafel tegemoet komt aan het functioneren in hogere zijnsmodi.

Nu naar het gevoelsleven. De menselijke affectiviteit valt niet samen met de psychische deelstructuur, ze is er wel een onderdeel van. Hier is de situatie iets ingewikkelder omdat het gevoelsleven niet op dezelfde wijze zelfstandig is als de tafel. Dat

komt omdat het gevoelsleven niet in een voorwerpelijke relatie staat tot de mens, maar hiërarchisch gebonden is in de actstructuur. Toch kan men van het gevoelsleven ook weer niet zeggen dat het opgaat in de actstructuur. De menselijke affectiviteit heeft een relatieve eigenstandigheid en dynamiek. Neem bijvoorbeeld de relatie tussen gevoel en het esthetische. De één wordt geroerd door de muziek van Bach, de ander door een schilderij van Mondriaan, een derde door de lectuur van Flaubert. Men kan hier spreken van een ontsluitingsrelatie in die zin dat de affectiviteit al naar gelang aanleg, opvoeding en beschikbaarheid van cultuurgooederen in talloze richtingen esthetisch ontwikkeld kan worden. De confrontatie met Bach, Mondriaan of Flaubert *ontsluit een esthetisch moment in de affectiviteit*. Het gevoelsleven wordt aldus verrijkt, zonder dat het ophoudt gevoel te zijn. Toch kan deze verrijking niet los worden gezien van de mogelijkheden waartoe een bepaalde persoon in affectieve zin gedisponeerd is. Niet iedereen kan leren van Bach, Mondriaan of Flaubert te houden. En niet iedereen houdt op dezelfde manier van Bach (of Mondriaan of Flaubert).

Natuurlijk is het in de praktijk moeilijk de esthetische act te onderscheiden van de affectieve gesteldheid waartoe deze act leidt. Toch is dat onderscheid van groot belang, bijvoorbeeld om te ontkomen aan zowel een herleiding van de esthetica tot de gevoelsleer als aan een esthetisering van het gevoelsleven. De esthetische act grijpt wel terug op het gevoelsleven, dat wil zeggen: het gevoelsmoment is – retrociperend – wel gerepresenteerd in het esthetische, maar esthetische oordelen omvatten meer dan alleen gevoelsindrukken. De esthetische kwaliteit van een schilderij of een pianosonate hangt niet alleen af van de vraag of ik bij het zien respectievelijk horen ervan een prettig gevoel krijg. Omgekeerd grijpt het gevoel wel vooruit op het esthetische, dat wil zeggen: het esthetische moment is – als anticiperend moment – wel opgenomen in het gevoelsleven. Maar gevoelens gaan niet op in esthetische waarderingen. Er zijn andere, evenzeer wezenlijke aspecten aan gevoelens te ontdekken. Gevoel heeft niet alleen te maken met schoonheid, harmonie en maat (het esthetisch moment), maar ook met lust en onlust, actiebereidheid en handelingstendenties, fysieke

sensaties, voorstellingen en herinneringen. Dat geldt zelfs voor esthetische gevoelens.

DE BEWERKING VAN DE AFFECTIVITEIT IN PSYCHOTHERAPIE

Wat heeft deze uiteenzetting nu te maken met ons onderwerp, namelijk dat de psychotherapeut zich bij religieuze problematiek vooral zal richten op de affectieve dimensie van die problematiek en dat dit niet hoeft te leiden tot een dilemma tussen professioneel-maar-niet-christelijk of christelijk-maar-niet-professioneel handelen? Het kortst mogelijke antwoord op deze vraag luidt: de therapeut richt zich op het affectieve aspect van de problematiek, omdat dat aspect z'n specialiteit is³. Dat impliceert geen secularisering van het professioneel bezig zijn, want het gevoelsleven vertoont een vervlechtingssamenhang met het geloofsleven; en dat betekent dat in therapieën bij christen-patiënten (die dit wensen) de ontsluiting van het geloofsmoment in het gevoelsleven zelf voortdurend aan de orde zal zijn; de therapeut zal trachten het gevoelsleven weer aansluiting te laten krijgen op het geloofsleven en wel door in *het affectieve domein die momenten te versterken en te (her)structureren die anticiperen op geloof*. Dat is een uiterst professionele en tegelijk uiterst normgebonden onderneming.

Ik moet hier nog iets aan toevoegen. Het bovenstaande zou toch nog zo kunnen worden geïnterpreteerd als zou psychotherapie alleen dan christelijk mogen heten als zij zich expliciet en exclusief richt op dat moment in het gevoelsleven dat anticipeert op het geloofsleven. Dooyeweerd heeft echter benadrukt dat het *héle ontsluitingsproces religieus geladen is en niet alleen de ontsluiting van het geloofsmoment*, dat slechts één van de negen op de actstructuur anticiperende momenten is. Het ontsluitingsproces heeft als zodanig een religieuze gerichtheid, hetzij op God, hetzij op één van de vele afgoden⁴. Voor de psychotherapie betekent dit dat we niet alleen een antenne moeten krijgen voor de op het geloof anticiperende momenten in het gevoelsleven, maar ook voor de richting die bij de ontsluiting van het gevoelsleven als zodanig, bij de ontsluiting van de andere acht anticiperende momenten, wordt ingeslagen.

Concreet betekent het bovenstaande dat psychotherapeuten juist bij patiënten die christen zijn, attent moeten zijn op stoornissen in het vermogen

anderen en/of zichzelf te vertrouwen, in het vermogen hoop te koesteren, in het vermogen tot overgave⁵. Wat Erikson 'basic trust' noemde, kan worden opgevat als een fundamentele affectieve voorwaarde voor een gezond geloofsleven, dat wil zeggen als een op het geloof anticiperend moment in het gevoelsleven. Hetzelfde geldt voor de hoop. En wat de zelfovergave betreft: niet voor niets noemde Rümke (1939/1985, 83vv.) dit vermogen een voorwaarde voor gezond psychisch functioneren.

Op zich betekent het bovenstaande niet dat het verboden is om als psychotherapeut in te gaan op het pistisch (gelovig) functioneren van de act-structuur, dat wil zeggen op allerlei concrete geloofsacten of het gebrek daaraan (bidden, bijbellezen, allerlei geloofsinhouden en de moeiten daarmee). Soms kan een bepaalde suggestie of een verwijzing naar een bepaald bijbelgedeelte wonderen doen. Soms kan men zo'n verwijzing gebruiken om bij wijze van analogie iets te verduidelijken van wat op affectief niveau speelt of om aan te geven in welke richting de oplossing moet worden gezocht. In andere gevallen zal een dergelijke verwijzing worden gebruikt als contrast voor de vaak gruwelijke innerlijke beelden die mensen zich van God en Zijn handelen gevormd hebben. Wel is het de vraag of psychotherapeuten in dit opzicht het meest gekwalificeerd zijn, of zij in wijsheid en inzicht in de Schrift anderen overtreffen. Ik stel me voor dat bij psychotherapeuten het focus van dergelijke interventies toch primair gericht blijft op het affectieve niveau. Het gaat er in de eerste plaats om de emotionele knoop te ontwarren. Het juist beschreven type van interventies zal dat proces moeten faciliteren.

SLOT

Daarmee zijn we weer terug bij het begin. De legitimatie van psychotherapie ligt in de beperking. Deze beperking ligt verankerd in de wetenschappelijke abstractie en wordt op haar beurt gelegitimeerd door de verdieping van het daaruit resulterende inzicht. Beperking en abstractie hoeven niet te leiden tot secularisatie zolang het grotere geheel in zicht blijft. Uiteindelijk is dit grotere geheel voor christen-therapeuten de werkelijkheid van het komende Koninkrijk.

In dit artikel heb ik, eenzijdig, vooral de beperking tot de menselijke affectiviteit centraal gesteld.

Op het affectieve niveau is een anticiperend geloofsmoment te ontdekken, tot uitdrukking komend in noties als vertrouwen, hoop en overgave. Christen-therapeuten zullen alert dienen te zijn op mogelijkheden tot ontsluiting van de affectiviteit in een normatieve richting, in het bijzonder waar het gaat om het juist genoemde geloofsmoment.

Ik ben me er pijnlijk van bewust dat dit alles slechts een begin is. Laat ik dit artikel dan ook mogen besluiten met het aangeven van een aantal punten voor de toekomstige bezinning, punten die in het voorafgaande wel werden aangestipt maar waarop niet werd ingegaan.

Allereerst zal moeten worden nagegaan of mijn kritiek op een te deductieve kijk op de verhouding tussen methode en therapeutische praktijk ook hout snijdt als het gaat om de verhouding tussen vooronderstellingen en theorieën en de verhouding tussen theorieën en methoden. Een aanzet tot een dergelijke kritiek – zonder dat deze uitmondt in een restauratie van het waardevrijheidspostulaat – is te vinden in mijn proefschrift, maar dan toegepast op de conceptualisatie van angststoornissen (Glas, 1991d).

Vervolgens is er de weg van buiten naar binnen die in het bovenstaande alleen maar provisorisch werd aangeduid. Op deze weg komen we zaken tegen als de (interne, vakfilosofische en religieuze) kritiek op theorieën; de noodzaak van oriëntatie op een integrale, bijbels genormeerde visie op de mens; en het onderzoek naar alternatieve of gemodificeerde vormen van psychotherapie. Boven voorgereerde ik een christelijk-existentiële benadering als een te overwegen en uit te werken alternatief.

Dan is er het onderzoek naar de analogische momenten in de affectiviteit, in het bijzonder van het op het geloof anticiperende moment. Met het boven vermelde trias van vertrouwen, hoop en overgave is dit anticiperend moment natuurlijk geenszins uitgeput. Andere momenten verdienen evenzeer onderzoek: dankbaarheid, wederkerigheid, liefde, empathie, vermogen tot identificatie en zelfgevoel. Belangrijker dan volledigheid is echter de affectieve kwaliteit van deze elementen en de wijze waarop ze de bodem leggen voor de geloofsontwikkeling. Het onderzoek naar wat door Winnicott wordt aangeduid met de term transitionele ruimte, verdient in dit opzicht volop onze belangstelling.

Een vraag die in het bovenstaande (noot 5) slechts werd aangestipt, luidde of onze uiteenzetting ook opgaat voor therapieën bij niet-christenen. Het provisorisch bevestigende antwoord op deze vraag verdient een nadere uitwerking, waarbij al gewezen werd op de noodzaak van een verfijnde theorie over typen van therapeutische relaties.

Ten slotte zal het onderzoek langs boven aan-gegeven lijnen zich niet moeten beperken tot de sfeer van de affectiviteit, maar zich ook moeten uitbreiden naar gedragingen en cognitieve vermogens zoals deze in psychotherapie aan de orde komen.

NOTEN

- ¹ Uiteraard kan de beperking niet los worden gezien van de andere aspecten, met name niet van de systematisering. De beperking wordt vaak gestuurd door het systematisch gebruik van methoden.
- ² Het beeld van het van binnen naar buiten en van buiten naar binnen heb ik ontleend aan Griffioen (1982), die dit beeld gebruikt om het vraagstuk van geloof en wetenschap in algemene zin te verduidelijken.
- ³ Ik ga hier gemakshalve voorbij aan die vormen van psychotherapie die zich niet in de eerste plaats op de affectiviteit richten, zoals de gedragstherapie en bepaalde vormen van systeemtherapie. Voor de redenering maakt dit niets uit, voor de uitwerking uiteraard wel. Evenmin wil het bovenstaande suggereren dat het bewerken van de affectiviteit te allen tijde het belangrijkste doel van psychotherapie is.
- ⁴ De werkelijkheid is zo plastisch dat ze ook in antinormatieve richting een heel eind ontsloten kan worden. Alleen keert hier de wal op een gegeven moment het schip. Een overaccentuering van de individuele autonomie laat bijvoorbeeld soms geen ruimte om mensen samen iets te laten delen of dragen.
- ⁵ Een uiterst relevante vraag in dit verband is of bovenstaande uiteenzetting ook van toepassing is op psychotherapieën bij niet-christenen. Ik zou deze vraag met een voorzichtig ja willen beantwoorden: ook in therapieën bij niet-christenen zijn de anticipatie op het geloofsmoment en de ontsluiting van de affectiviteit als geheel van cruciale betekenis. Alleen zijn hier de mogelijkheden tot consensus over de richting van de ontsluiting beperkt. De praktische uitwerking van dit antwoord moet ik hier laten rusten, niet alleen vanwege de beschikbare ruimte, maar ook omdat dit antwoord een uitgewerkte theorie over (typen van) therapeutische relaties veronderstelt.

LITERATUUR

Dooyeweerd, H. (1942). De leer van de mensch in de Wijsbegeerte der Wetsidee. *Correspondentie-*

bladen (van de Vereniging voor Calvinistische Wijsbegeerte), 7, 134-144.

Glas, G. (1985). Psychologie als empirische antropologie. *Radix*, 11, 229-241.

Glas, G. (1986). Gereformeerden en psychiatrische zorg: de vraag naar de uitgangspunten. In: *Almanak van het Corpus Studiosorum in Academia Campensi "Fides Quadrat Intellectum"*. Kampen: Zalsman Grafisch Bedrijf, 146-165.

Glas, G. (1990a). Van de redactie. *Psyche & Geloof*, 1, 1-4.

Glas, G. (1990b). Enkele opmerkingen bij Dijkhuis en Mooren's 'Psychotherapie en levensbeschouwing'. *Psyche & Geloof*, 1, 62-67.

Glas, G. (1991a). Wie van de drie? Kiezen voor de therapeut, de therapie of de methode. In: *Wegwijs. Lustrumbundel ter gelegenheid van het tienjarig bestaan van De Wegwijzer*. Kampen: Van den Berg, 3-49.

Glas, G. (1991b). Geloof als therapeutische factor: een korte bespiegeling. In *Dienst der Geneezing*, 20 (4), 13-16.

Glas, G. (1991c). Levensbeschouwing en professionaliteit in de intramurale geestelijke gezondheidszorg. In M. Visch (red.), *Leven beschouwen en hulp verlenen: bijdragen aan het congres ter gelegenheid van de presentatie van de resultaten van het onderzoek 'Levensbeschouwing in welzijnswerk' gehouden op 21 juni 1990 te Zwolle*. Studiecentrum Welzijnswerk en Levensbeschouwing Windesheim: Zwolle, 43-47; (ook gedrukt in het blad *Zin in Welzijn*, mei 1991).

Glas, G. (1991d). *Concepten van angst en angststoornissen. Een psychiatrische en vakfilosofische studie*. Lisse/Amsterdam: Swets & Zeitlinger.

Glas, G. (1992a). Levensbeschouwing, theorie en professionele praktijk: antwoord aan Professor Malony. *Psyche & Geloof*, 3, 54-59.

Glas, G. (1992b). Angst tussen pathologie en existentiële ervaring. *Psyche & Geloof*, 3, 88-100.

Griffioen, S. (1982). Vooroordeel in de wetenschap. *Radix*, 8, 50-68.

Rümke, H.C. (1939/1985). *Karakter en aanleg in verband met het ongeloof* (ingeleid door J.A. van Belzen en A.J.R. Uleyn). Kampen: Kok Agora. Jaartal nieuwe uitgave.

Ryle, G. (1949). *The concept of mind*. London: Hutchinson & Co Ltd.